

療育手帳再判定申請書

令和 年 月 日

長崎県知事 様

療育手帳の再判定を下記のとおり申請します。

申請者 _____ (続柄 _____)

◇再判定の理由 (該当するものに○を)

- 1 再判定時期の到来 (年 月)
- 2 障害程度の変化
- 3 その他 (_____)

療育手帳番号				障害程度				* 太枠の中を記入下さい。	
本人	フリガナ	姓		名		男・女		生年月日	
	氏名							年	月 日 歳
	個人番号								
	住所	〒				電話 ()			
	施設を利用 中の場合	施設名							

保護者	フリガナ	姓		名		続柄	
	氏名						
	住所	〒				電話 ()	
台帳管理				市・町			

通信欄：

支所受付印	市町受付印	判定機関受付印